مقاله
پژوهشی

وضعیت سلامت جسمی و روانی سالمندان شهر کرمان

وحید رضا برهانی نژاد[1]، ویکتوریا مؤمن آبادی[2]، سید حمید حسینی[3]، طاهره منصوری[4]، احمد صادقی[5]، مهدی طرسکی[6*]

[1]دانشجوی دکتری سالمندشناسی، پژوهشگر مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری،کمیته تحقیقات HSR دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.
[2]دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
[3]کارشناس ارشد آموزش بهداشت، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات بیماریهای منتقله بوسیله ناقلین، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[4]دانشجوی دکتری سالمندشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، ایران.
[5]دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[6]دانشجوی دکتری اقتصاد دارو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
[*]**نویسنده مسئول:** دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
پست الکترونیک: Mehditroski @ gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: *با افزایش امید به زندگی، میانگین و میانه سنی جمعیت و تعداد و نسبت افراد سالمند افزایش یافته است و برای برنامه ریزی ارائه خدمات به این جمعیت, دسترسی برنامه ریزان به اطلاعات دقیق ضروری است. در نتیجه هدف این مطالعه بررسی سلامت جسمانی و روانی سالمندان در شهر کرمان می باشد که شواهد مناسبی را در اختیار برنامه ریزان قرار خواهد داد.*

مواد و روش کار: *مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بود که در آن ۴۰۰ نفر از سالمندان شهر کرمان به روش نمونه گیری چند مرحله ای در سال ۱۳۹۱مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور جمع آوری داده ها از ابزار های بررسی توانائی انجام فعالیتهای روزانه(ADL)، پرسشنامه SF36، تست Kessler-K6 و پرسشنامه استاندارد احساس سلامتی و نشاط روانی Yeildاستفاده گردید. سپس داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS17 و با آزمون های آماری کای دو، تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

یافته ها: *بیش از نیمی از سالمندان از نظر اختلالات اضطراب و افسردگی مشکلاتی داشتند(۵۳/۳درصد). در بررسی احساس سلامتی و نشاط روانی اظهار تنهایی شایع ترین شکایات سالمندان بود. در انجام فعالیتهای روزمره ۵۶٪ سالمندان مستقل ، ۱۴٪ وابسته و ۳۰ درصد وابسته نسبی بودند. در عملکرد فیزیکی ۲۲/۲ ٪ از سالمندان دارای محدودیت شدید ، ۳۵/۲٪ محدودیت متوسط و ۳۳/۶٪ دارای محدودیت کمی بودند.*

نتیجه گیری: *با توجه به مشکلات فراوانی که در دوران سالمندی وجود دارد، لذا باید با تدوین برنامه های اصولی و کاربردی در جهت به حداقل رساندن اثرات این مشکلات و کمک به حفظ هر چه بیشتر استقلال سالمندان کمک نمود.*

واژه های کلیدی: *سالمندان، اضطراب، افسردگی، سلامت جسمی و روانی، عملکرد فیزیکی.*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۳؛ دوره ۶ (۴): ۷۲۵-۷۱۵
Journal of North Khorasan University 2014;6(4):715-725

وصول: ۹۳/۳/۲۵
اصلاح: ۹۳/۶/۲۲
پذیرش: ۹۳/۸/۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

بهبود شرایط زندگی و افزایش طول عمر و امید به زندگی پدیده سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است [۱]. پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم به شمار می رود [۲]. از طرفی رشد جهانی جمعیت سالمندان هم برای ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و هم برای اعضای خانواده و جامعه ای که سالمندان در آن زندگی می کنند یک چالش مهم محسوب می گردد. سالمندی دوران حساسی از زندگی بشر است، که طی آن سالمندان درمعرض تهدیدات بالقوه ای نظیر افزایش ابتلا به بیماریهای مزمن، تنهایی و انزوا، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی بوده و به دلیل ناتوانی های جسمی و ذهنی در موارد زیادی نیز استقلال فردیشان مورد تهدید قرار می گیرد [۳]. بنابر آمار ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۰۰، افراد سنین ۶۰ سال و بالاتر حدود ۶۰۰ میلیون نفر بوده است و این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۱/ ۲ بیلیون نفر خواهد رسید. همچنین بیش از دو سوم جمعیت سالمند در کشورهای رو به توسعه به ویژه آسیای شرقی بوده و تا سال ۲۰۲۵ افزایش بیش از ۳۰۰ درصد جمعیت سالمند در این کشورها مورد انتظار است [۴]. این چالش به موقعیت دموگرافیکی کشور ایران نیز مربوط می شود. کشور ایران نیز بعنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، طی دهه های اخیر تغییرات مشابهی را در بار بیماری ها و ساختار جمعیت خود تجربه کرده است. اجرای برنامه های توسعه در بخش آموزش و سلامت بخصوص بعد از انقلاب اسلامی، باعث کاهش بار بیماری های عفونی و مرگ و میر ناشی از آن گردید. اجرای برنامه کنترل موالید نیز باعث گردید که ضریب رشد جمعیت از حدود ۳/۵٪ در دهه ۶۰ به ۱/۳٪ در سال ۱۳۹۰ و نسبت افراد ۶۰ سال و بالاتر از ۳/۲٪ در سال ۱۳۳۵ به ۸/۲۶٪ در سال ۱۳۹۰ برسد. پیش بینی شده در صورت ادامه روند شاخص های باروری، بیش از ۲۰٪ جمعیت ایران در سال ۲۰۵۰ سالمند باشند [۵]. یک تفاوت عمده بین کشورهای توسعه یافته و کشورهای درحال توسعه نظیر ایران وجود دارد، درحالی که دولت و مردم در کشورهای توسعه یافته کاملا آماده اند تا با چالشی ناشی از شمار فزاینده افراد سالمند مواجه شوند. اغلب کشورهای درحال توسعه حتی از این پدیده و گرفتاری های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن آگاه نیستند [۶]. در اغلب جوامع، سالمندان با بیشترین خطر کاهش تواناییهای جسمی، روانی و شناختی روبرو هستند و با احتمال بیشتری جهت حفظ سلامت، عملکرد و خود کفایی به حمایتهای رسمی یا غیر رسمی وابسته می گردند [۷]. اگرچه افزایش سن و امید به زندگی یک خبر خوب به حساب می آید، اما معمولا با کاهش توان فیزیکی و فیزیولوژیکی و همچنین افزایش شانس ابتلا به بیماریهای مزمن جسمی، روحی و ناتوانی همراه است که موجب کاهش کیفیت زندگی می گردد [۸]. مطالعات مختلف نشان می دهد که تقریبا ۲۰٪ سالمندان ۷۰ سال به بالا و ۵۰٪ افراد ۸۰ سال به بالا مشکلاتی را در فعالیت های زندگی روزمره گزارش نموده اند [۹]. همچنین در حالی که حدود ۸٪ از سالمندان ۷۵ ساله به کمک برای خروج از منزل نیاز دارند، این نسبت در ۸۵ سالگی به ۲۸٪ افزایش می یابد، زیرا با افزایش سن بر شدت ناتوانی افزوده شده است [۱۰] سایر مطالعات نیز نشان داده اند که ناتوانی احتمال نیاز به کمک در فعالیت های زندگی [۱۱] و انتقال آنها به سرای سالمندان و مراکز نگهداری را افزایش می دهد [۱۲]. با توجه به اهمیت ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان، این پژوهش با هدف بررسی وضعیت سلامت جسمی و روانی سالمندان شهر کرمان صورت گرفت تا در برنامه ریزی در خصوص ایجاد خدمات و مراقبت های سالمندی و تهیه اطلاعات لازم برای سیستم های مراقبتی، بهداشتی و اجتماعی به منظور تأمین خدمات همه جانبه برای سالمندان مورد استفاده قرار گیرد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه آماری مورد بررسی در این مطالعه، سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) در شهر کرمان بودند. جهت تعیین حجم نمونه درسالمندان مورد مطالعه با استفاده از فرمول و با در نظر گرفتن اطمینان آماری ۹۵٪($Z \cong 2$ و $\sim = 0.05$)، p ۵۰ درصد و دقت ۵٪ ($d = 0.05$)، اندازه نمونه لازم برای

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

انجام این مطالعه ۴۰۰ محاسبه گردید. برای نمونه گیری از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد. از ۳۵ پایگاه و مرکز بهداشتی درمانی در شهر کرمان، ۲۰ پایگاه به طور تصادفی انتخاب و از بین سالمندان تحت پوشش هر پایگاه، ۲۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شد و پس از مراجعه به درب منزل آنها پرسشنامه هریک تکمیل گردید. قبل از تکمیل پرسشنامه ضمن توضیح هدف از اجرای تحقیق برای افراد به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه کاملاً محرمانه خواهد ماند. برای ارزیابی سلامت جسمانی از پرسشنامه های استاندارد وزارت بهداشت استرالیا که در پیمایش کشوری بررسی وضعیت سلامت سالمندان دراین کشور اجرا گردید و در تحقیق مشابه در ایران نیز استفاده شده است بهره گرفته شد [۱۴،۱۳]. ابزار سلامت جسمانی شامل ارزیابی عملکرد فعالیت روزمره زندگی سالمند و تست عملکرد فیزیکی بود. جهت سنجش وضعیت توانائی انجام فعالیتهای روزانه (ADL[1]) از سالمندان مورد مطالعه در خصوص توانائی انجام این فعالیتهای دوش گرفتن / حمام کردن، لباس پوشیدن، توالت رفتن، جابجا شدن در منزل و غذا خوردن به تنهائی و بدون نیاز به کمک یا نظارت دیگران سؤال شد. برای هر یک از موارد فوق دو پاسخ بسته "بلی" و "خیر" وجود دارد. پاسخ ها به ۵ سؤال فوق، امتیاز بندی و جمع شده و نتیجه رتبه بندی براساس امتیازات کسب شده به صورت وابسته (صفر و یک)، نیازمند کمک (دو و سه)، مستقل (چهار و پنج) بیان گردید به طوری که امتیاز بالا نشان دهنده استقلال بیشتر فرد بود [۱۵]. عملکرد فیزیکی، توان فردی سالمند را برای انجام فعالیت های شدید و متوسط از طریق ۱۰ سؤال موجود در تست SF- ۳۶ اندازه گیری می کند. تعداد سؤالات تست مذکور ۳۶ سؤال است، ولی در این پژوهش به منظور اندازه گیری عملکرد فیزیکی افراد مورد مطالعه از ۱۰ سؤال مرتبط با پژوهش این تست استفاده شد. این سوالات شامل ۱۰ سؤال در مورد انجام فعالیت های شدید و متوسط در محدوده"خیلی زیاد"، "تا حدودی" و "اصلا محدود نمی کند" بوده و امتیازات پاسخ ها با هم جمع شده و عدد حاصل بصورت نسبت از ۳۰ تحلیل شد. امتیاز بیشتر نمایانگر عملکرد فیزیکی بهتر و بدون محدودیت بود و امتیاز پایین تر نشانگر عملکرد فیزیکی بدتر با محدودیت شدید بود. امتیاز بندی سه سطح شامل: بدون محدودیت در عملکرد فیزیکی (۳۰ – ۲۴)، تا حدی محدود (۲۳ – ۱۷)، محدودیت شدید یا فعالیت بسیار محدود (۱۶ –۱۰) می باشد. روایی و پایای این پرسشنامه در ایران مورد سنجش قرار گرفته و تأیید گردیده است [۱۶]. جهت بررسی وضعیت سلامت روانی از مقیاس پریشانی کسلر[2] و پرسشنامه استاندارد Yeild استفاده شد. تست Kessler- K6 پرسشنامه ۶ سؤالی است که سطح اضطراب و افسردگی را در ۴ هفته قبل از پرسشگری در مورد احساسات غم، عصبی بودن، بیقراری، نا امیدی، تلاش و بی ارزشی را سؤال می کند. پاسخ ها در یک محدوده ۵ امتیازی شامل: "همیشه"، "اکثر اوقات"، "بعضی وقت ها"، "بندرت" و "هیچ وقت" جمع آوری شدند. حداقل امتیاز این پرسشنامه ۶ و حداکثر ۳۰ است و امتیاز بین ۶ تا ۱۴ به مفهوم پریشانی روانی شدید، ۱۵ تا ۲۲ پریشانی روانی متوسط و امتیاز بین ۲۳ تا ۳۰ به مفهوم پریشانی روانی کم در نظر گرفته شده است. پایایی این ابزار در مطالعه علیزاده و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به اثبات رسیده است [۱۷]. ابزار سنجش احساس سلامتی و نشاط روانی[3] پرسشنامه استاندارد Yeild می باشد که یک پرسشنامه ۵ سؤالی است که این احساس را در سالمندان مورد مطالعه از طریق پرسش در مورد احساس شادی، آرامش/صلح، کسالت، تنهایی و افسردگی در ۴ هفته اخیر می سنجد. کدهای پاسخی در سه گزینه هیچ وقت، گاهی اوقات، و بیشتر اوقات طبقه بندی می گردند حداکثر امتیاز ۱۵ و حداقل امتیاز ۵ می باشد. امتیاز ۱۳ تا ۱۵ به عنوان احساس سلامتی و نشاط روانی، امتیاز ۹ تا ۱۲ به عنوان احساس سلامتی و نشاط روانی نسبی و امتیاز ۵ تا ۸ به عنوان عدم احساس سلامتی و نشاط روانی محسوب می شود. پایایی این ابزار نیز در مطالعه علیزاده و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ مورد تأیید قرار گرفته است [۱۷]. سپس داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS۱۷ تحلیل شد. برای

1- Activity Daily Living

2- Kessler Psychological Distress Scale

3 -Wellbeing Psychological

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

تعیین معنی دار بودن رابطه متغیرهای دموگرافیک با سلامت جسمانی، روانی و برای تعیین و مقایسه سطح سلامت جسمی و روانی از آزمون کای دو، تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده گردید.

یافته ها

بیشتر افراد (۵۶ درصد) شرکت کننده در گروه سنی ۷۴-۶۰ بودند. از نظر جنسیت بیشتر مرد بودند (۵۲/۵ درصد) و بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه متأهل بودند (۷۸/۵٪). از نظر سطح تحصیلات، ۱۶/۵ درصد بی سواد، ۴۲درصد سالمندان مورد مطالعه دارای سواد خواندن و نوشتن، ۱۲ درصد دارای تحصیلات ابتدائی، ۱۸/۵ درصد متوسطه و ۱۴ درصد دیپلم و بالاتر بودند و از نظر شغلی بیشترین درصد مربوط به افراد خانه دار (۲۳٪) و کمترین درصد مربوط به افراد دارای شغل دولتی بودند (۹/۵٪). از نظر ابتلا به اختلالات و بیماریها در سالمندان مورد مطالعه، بیشترین درصد مربوط به مشکلات بینائی بود (۴۵/۲ درصد) پس از آن اختلال خواب (۴۴/۶ درصد)، مشکلات دهان و دندان (۴۲/۱درصد)، فشار خون (۳۳/۶درصد)، چربی خون (۲۶/۸درصد)، حملات تنگی تنفس (۱۹/۷درصد)، احساس درد و خستگی (۱۷/۸ درصد) دیابت (۹/۲درصد) و اختلال تکلم (۷/۳ درصد) در بین سالمندان مورد بررسی وجود داشت. در خصوص وضعیت سلامت روانی نتایج نشان داد بر اساس مقیاس کسلر ۹/۶ درصد سالمندان پریشانی روانی شدید، ۴۳/۷درصد پریشانی روانی متوسط و ۴۶/۷ درصد پریشانی روانی کمی ابراز نمودند. بر این اساس بیش از نیمی از سالمندان از نظر اختلالات اضطراب و افسردگی مشکلاتی داشتند (جدول ۱). ۳۱ درصد سالمندان بیان کردند که در طی یک ماه قبل از بررسی همیشه یا بیشتر اوقات احساس غمگینی، ۲۹/۴ درصد احساس دشواری و مشکل در انجام کارها ، ۲۷/۳ درصد سالمندان احساس عصبی، ۲۵/۴ درصد احساس اضطراب و بی قراری، ۱۲/۸ درصد احساس یأس و ناامیدی و در نهایت ۸ درصد همیشه یا بیشتر اوقات احساس پوچ بودن و بی ارزشی داشته اند. همچنین بین سن، وضعیت تأهل و جنسیت با پریشانی روانی ارتباط معنی دار وجود داشت ($P\leq ۰/۰۵$). همچنین بر اساس یافته های تحقیق بیشتر افراد (۴۷/۲٪درصد) در سطح متوسط (نسبی) از نظر احساس سلامتی و نشاط روانی[1] قرار داشتند، حدود ۱۲/۷٪ در سطح بدی (عدم) از این نظر قرار داشتند و حدود ۴۰/۱ ٪ درسطح خوبی (کامل) از احساس سلامتی و نشاط روانی قرار داشتند (جدول ۱). بر این اساس ۱۵۴ نفر از سالمندان مورد بررسی، بیشترین شکایتشان در یک ماه قبل بررسی احساس تنهایی بود (۳۸/۵٪). ۳۷ درصد از سالمندان در مدت مذکور هیچ وقت احساس شادی و خوشحالی نداشته اند و ۳۶/۳ درصد هیچوقت احساس آرامش و راحتی نداشته و ۳۰/۷ درصد نیز بیشتر اوقات احساس یکنواختی داشتند و در نهایت بر اساس مقیاس مورد نظر ۴۷/۲ درصد سالمندان مورد مطالعه طی یک ماه قبل بررسی بیشتر اوقات احساس افسردگی داشتند. از طرفی بین سن، جنسیت و تحصیلات سالمندان مورد مطالعه با احساس سلامتی و نشاط روانی ارتباط معنی دار وجود دارد ($P\leq ۰/۰۵$). سطح بندی امتیازات ADL مطالعه حاضر نشان داد که در فعالیت های روزمره زندگی، بیش از نیمی از سالمندان (۵۶٪) مستقل و ۱۴٪ وابسته و ۳۰ درصد نیازمند کمک بودند. همچنین از میان فعالیتهای روزمره زندگی، توانائی غذا خوردن بیشترین (۶۳/۵٪) و توانائی جابجا شدن در منزل کمترین موارد (۵۷/۵٪) را داشت. بین سن، وضعیت تأهل و تحصیلات سالمند با توانایی او در انجام فعالیت های روزمره زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت ($P\leq ۰/۰۵$). نتایج بررسی نشان داد که ۲۲/۲ ٪ از سالمندان دارای محدودیت شدید و ۳۵/۲٪ محدودیت متوسط و ۳۳/۶٪ نیز محدودیت کمی در عملکرد فیزیکی داشتند. بر اساس گفته آنان ۶۴/۴٪ آنان دارای محدودیت در انجام فعالیت های فیزیکی شدید از قبیل دویدن بلند کردن اجسام سنگین و یا ورزشهای سنگین، حدود ۴۶/۵٪ محدودیت متوسط درانجام فعالیت های متوسط از قبیل جابجایی میز، کشیدن جارو برقی یا پیاده روی در سطح ناهموار، ۶۱/۷٪ دارای محدودیت در خرید و حمل خواربار و کیسه های خرید حاوی مواد غذایی بوده و ۶۲/۵٪ دارای محدودیت در بالا رفتن از چند پله، ۵۹/۴٪ از آنان

1 -Wellbeing

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

جدول ۱: وضعیت سلامت روانی سالمندان مورد مطالعه بر اساس شاخصهای مورد مطالعه

مقیاس		تعداد(درصد)
پریشانی روانی	شدید	۳۸ (۹/۶)
	متوسط	۱۷۵(۴۳/۷)
	کم	۱۸۵(۴۶/۷)
احساس سلامتی و نشاط روانی	کامل	۱۵۷(۴۰/۱)
	نسبی	۱۸۹(۴۷/۲)
	فقدان	۵۱(۱۲/۷)

جدول ۲: وضعیت سلامت جسمی سالمندان مورد مطالعه بر اساس شاخصهای مورد مطالعه

شاخص		تعداد
توانائی انجام فعالیتهای رزومره	مستقل	۲۲۴ (۵۶)
	نیاز به کمک	۱۲۰(۳۰)
	وابسته	۵۶(۱۴)
عملکرد فیزیکی	محدودیت شدید	۸۹(۲۲/۲)
	محدودیت متوسط	۱۴۱(۳۵/۲)
	محدودیت کم	۱۸۹(۳۳/۶)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

محدودیت عملکردی در پیاده روی بیش از یک کیلومتر و ۴۸/۳٪ از آنان محدودیت حرکتی در خم شدن زانو داشتند. بین سن، جنسیت و میزان تحصیلات سالمندان مورد مطالعه با میزان عملکرد فیزیکی ارتباط معنی دار وجود دارد ($P\leq ۰/۰۵$).

بحث

شناخت وضعیت سلامت سالمندان می تواند در تدوین برنامه های کاربردی و زیربنایی جهت این گروه از جامعه مؤثر واقع گردد. در خصوص وضعیت سلامت روانی بیشتر سالمندان مورد مطالعه پریشانی روانی متوسط داشتند و هر کدام از درجاتی از احساس غمگینی، احساس دشواری در انجام کارها، احساس عصبی، احساس اضطراب و بی قراری، احساس یأس و ناامیدی و احساس پوچ بودن و بی ارزشی در طی یک ماه قبل از بررسی برخوردار بودند. همچنین از نظر احساس سلامتی و نشاط روانی کمتر از نیمی از سالمندان (۴۷/۲٪) در سطح متوسط. ۱۲/۷٪ در سطح بد و ۴۰/۱٪ درسطح خوبی از این نظر قرار داشتند. شکایت غالب سالمندان مورد مطالعه احساس تنهایی بود و بیش از نیمی سالمندان مورد مطالعه بیشتر اوقات احساس افسردگی داشتند. در مطالعه علیزاده در سالمندان تهران بیشتر افراد (۵۶/۳٪) دارای پریشانی روانی کمی بودند و درصد زیر مقیاسهای پریشانی روانی هم نسبت به مطالعه حاضر متفاوت بود [۱۸] در حالیکه در بررسی علیزاده اکثریت سالمندان ایرانی مهاجر در استرالیا دارای حد متوسطی از نشانه های اضطراب وافسردگی بودند و بیش از نیمی از آنان سطح متوسطی از احساس سلامتی و نشاط روانی را ابراز نمودند [۱۷]. مطالعه نجاتی در شهر قم میزان افسردگی را برای سالمندان مورد مطالعه ۴۸/۳٪ به دست آورده بود [۱۹]. یافته های مطالعه ای در آمریکا نیز نشان داد که ۱۲ درصد سالمندان به افسردگی شدید مبتلا می باشند [۲۰]. یکی از دلایل این تفاوت ها می تواند ناشی از تفاوتهای فرهنگی بین جوامع باشد، به نحوی که سالمندانی که در کشورهای مختلف و حتی در شهرهای مختلف یک کشور زندگی می کنند دارای دید متفاوت نسبت به زندگی می باشند و این مهم وضعیت سلامت روانی آنها را متفاوت می کند. همچنین با توجه به نقش بارز شرایط محیطی و حمایتی در سلامت سالمندان و وجود تفاوت در امکانات اقتصادی و اجتماعی، سطح سلامت روانی افراد هم از این شرایط تأثیر می پذیرد. بین سن سالمندان مورد مطالعه با پریشانی روانی و با احساس سلامتی و نشاط روانی ارتباط معنی دار وجود داشت. به نحوی که با افزایش سن به میزان پریشانی روانی افزوده شده و از احساس سلامتی و نشاط روانی کاسته می شد. در مطالعه مباشری در شهرکرد و خوش کنش در شهر سبزوار نیز رابطه همبستگی معکوس بین سن و سلامت روانی وجود داشت [۲۲،۲۱] با بالا رفتن سن مشکلات جسمی و روانی در سالمندان افزایش پیدا می کند. به نظر می رسد این مشکلات محدودیتهای را برای آنها ایجاد می کند که می تواند دلیلی بر کارکرد روانی ضعیفتر در سنین بالا باشد، لذا توجه بیشتر اعضای خانواده، مراقبین و همچنین مؤسسات مراقبتی و حمایتی را در این خصوص می طلبد. بین جنسیت سالمندان با پریشانی روانی و همچنین با احساس سلامتی و نشاط روانی نیز رابطه آماری معنی دار مشاهده گردید. به طوریکه زنان سالمند احساس پریشانی روانی بیشتر و سلامتی و نشاط روانی کمتری را ابراز نمودند. بررسی کارل نیز نشان داد که زنان سالمند بیشتر دچار افسردگی شده ولی با افزایش سن تقریبا شیوع افسردگی در هر دو جنس برابر می شود [۲۳]. با توجه به خودگزارش دهی بودن پرسشنامه، اینکه زنان در این مطالعه پریشانی روانی بالاتری را ابراز نمودند می تواند ناشی از توجه و وسواس بیشتر زنان به وضعیت سلامتی خود باشد و یا اینکه به طور کلی زنان در موقعیتهای مختلف زندگی آسیب پذیری بیشتری نسبت به مردان دارند. بین وضعیت تأهل سالمندان با پریشانی روانی نیز رابطه آماری معنی دار مشاهده گردید. در واقع سالمندان مجرد احساس پریشانی روانی بالاتری داشتند. در مطالعه سهرابی در شاهرود نیز متأهلین وضعیت بهتری از نظر اضطراب و افسردگی داشتند [۲۴] به نظر می رسد افراد متأهل از یک شبکه حمایتی قوی تر به همراه روابط اجتماعی و همچنین صمیمیت بیشتری برخوردارند که تمامی این موارد می تواند منجر به سلامت روانی پایدارتر و بهتری برای سالمندان متأهل شود. از طرفی بین تحصیلات افراد مورد مطالعه با احساس سلامتی و نشاط روانی نیز رابطه معنی دار وجود داشت. به این صورت که

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

سالمندان با تحصیلات بالاتر احساس سلامتی و نشاط روانی بیشتری داشتند. بر اساس مطالعه بابک در اصفهان نیز، سالمندان دارای تحصیلات دیپلم و پایین تر نسبت به تحصیلات دانشگاهی شیوع بیشتر افسردگی را نشان دادند [۲۵] در مطالعه سهرابی نیز وضعیت روانی ضعیف در افراد کم سواد و بی سواد به دست آمده بود [۲۴]. با توجه به اینکه تحصیلات از جمله عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت هستند لذا تأثیر آنها بر وضعیت سلامت روانی افراد محتمل به نظر می رسد. احتمالاً متغیر تحصیلات موجب ایجاد شبکه ارتباطات قوی و پیوندهای اجتماعی بیشتری برای سالمندان خواهد شد که خود موجبات سلامت بهتر را برای آنها مهیا می سازد.

در خصوص وضعیت سلامت جسمانی بر اساس اظهارات سالمندان بیش از نیمی از آنها به طور مستقل دارای توانایی انجام فعالیتهای روزمره زندگی را داشتند. در پژوهش علیزاده ۸۳ درصد و در پژوهش نجاتی ۹۷/۲ درصد سالمندان از نظر توانائی انجام فعالیتهای روزمره زندگی خود مستقل بودند [۱۹،۱۸]. یافته های مطالعه لی[1] و همکاران در سالمندان تایوانی نیز نشان داد که ۶۲ درصد آنها در انجام فعالیتهای روزمره زندگی کاملاً مستقل بودند [۲۶] همچنین بر اساس مطالعه ای میزان وابستگی از نظر توانائی انجام فعالیتهای روزمره در سالمندان کشورهای کانادا (۶٪)، فرانسه (۱۰٪)، ایتالیا (۱۴٪) و در سوئد ۱۱ درصد گزارش شده است [۲۷] همچنین نتایج بررسی نشان داد که ۲۲/۲٪ از سالمندان دارای محدودیت شدید و ۳۵/۲٪ محدودیت متوسط و ۳۳/۶٪ نیز محدودیتی در عملکرد فیزیکی نداشتند. این در حالی است که در پژوهش علیزاده ۸۵.۲ درصد سالمندان و در پژوهش افتخار اردبیلی ۸۴/۴ درصد سالمندان مورد مطالعه در فعالیتهای فیزیکی شدید دچار محدودیت بودند [۲۸،۱۸].

بین سن و تحصیلات سالمندان مورد مطالعه با توانایی آنها در انجام فعالیت های روزمره زندگی و عملکرد فیزیکی ارتباط معنی داری وجود داشت، به این صورت که سالمندان با تحصیلات بالاتر و با سن کمتر از نظر انجام فعالیتهای روزمره استقلال بیشتری و در عملکرد فیزیکی محدودیت کمتری داشتند. به نظر می رسد در سنین بالاتر سالمندی بروز ناتوانی ها بارزتر بوده و به صورت کاهش فعالیت جسمی و محدودیت های جسمانی ظاهر می شود. احتمالاً با توجه به اینکه با افزایش سن توانائی عملکردی سالمندان کاهش پیدا می کند و همچنین شانس ابتلا به بیماریهای مزمن و محدود کننده بیشتر می شود، لذا رابطه معکوس سن با توانائی انجام فعالیهای روزمره و عملکرد فیزیکی محتمل می باشد. همچنین تحصیلات بالاتر به افراد سالمند کمک می کند که در رویارویی با برخی موقعیتهای دشوار سالمندی تصمیمات بهتری اخذ کنند و در نتیجه از سطح سلامت بالاتری برخوردار بوده و توانائی بالاتری در انجام فعالیتهای روزمره و عملکرد فیزیکی مناسب خواهند داشت.

همچنین بین وضعیت تأهل و توانائی انجام فعالیتهای روزانه رابطه آماری معنی دار مشاهده گردید. احتمالا وجود پیوند زناشویی همراه با صمیمیت در دوران سالمندی عامل مثبتی برای حفظ قوای جسمی و ذهنی سالمندان خواهد بود، همچنین اینکه سالمندان متأهل از نظر عملکرد فیزیکی محدودیت کمتری داشتند، می تواند ناشی از این باشد که متأهل بودن به عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی مشترک سالم به حساب می آید، لذا وجود حمایت خانوادگی برای زوجین سالمند توانائی آنها در مراقبت از خود را ارتقاء داده و به حفظ استقلال فردی آنها کمک می کند. همچنین در این پژوهش بین جنسیت سالمندان با میزان عملکرد فیزیکی ارتباط معنی دار وجود داشت و زنان در این خصوص محدودیت بیشتری داشتند. این موضوع می تواند ناشی از این باشد که به طور کلی زنان به دلیل وجود تفاوتهای آناتومی و فیزیولوژیک با مردان از توانائی بدنی کمتری برخوردار بوده و میزان آسیب پذیری در زنان سالمند بیشتر می باشد، لذا محتمل به نظر می رسد که عملکرد فیزیکی آنها با محدودیت بشتری باشد.

جهت برنامه ریزی صحیح به منظور دستیابی به سلامت سالمندان و تامین نیازهای این گروه سنی، اولین گام شناسایی وضع موجود می باشد [۲۹] در این بین بررسی

1 -Lee

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

وضعیت سلامت جسمی و روانی آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار است [۳۰].

سالمندی یک رویداد مثبت در زندگی هر فرد می باشد و زندگی طولانی تر با کیفیت مطلوب، باید همراه با فرصت های همیشگی برای سلامتی، مشارکت و امنیت باشد [۳۱]. سالمندان با مشکلات جسمی و روانی متعدد، در معرض افزایش ابتلاء به بیماری های مزمن، تنهایی و انزوا بوده و استقلال فردی آنها مورد تهدید قرار می گیرد و خطر سپردن آنها به مراکز مراقبتی ویژه سالمندان افزایش پیدا می کند [۳۲]، که خود منجر به صرف هزینه برای مراقبین و دولتها شده و کیفیت زندگی افراد مسن را کاهش می دهد. در رابطه با محدودیتهای این پژوهش باید یادآور شد شرایط خاص سالمندان مورد مطالعه در هنگام پاسخدهی به سوالات ممکن است بر نتایج مطالعه تاثیر گذار باشند که کنترل دقیق آنها از عهده پژوهشگر خارج بود. از دیگر محدودیتها می توان به مقطعی بودن این مطالعه اشاره نمود.

نتیجه گیری

با توجه به روند افزایشی جمعیت سالمندان توجه به سلامت، کاهش ناتوانیها و ارتقای کیفیت زندگی آنها ضروری است. همچنین تلاشها در برخورد با مسائل سلامتی سالمندان بایستی بیشتر به تفاوتهای فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی معطوف شود، که این یک استراتژی مهم برای کاهش اینگونه تفاوتها و به تعویق انداختن اختلال در سلامتی، ناتوانی و مرگ و میر می باشد. نیازهای رو به رشد جمعیت سالخورده مستلزم سیاستگزاری های بیشتر، خصوصاً در زمینه مراقبت و درمان و ترویج شیوه زندگی سالم و محیط حمایتی می باشد. در این بین انجام پژوهش های مشابه برای ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان به همراه برنامه ریزی برای انجام انواع فعالیت های فرهنگی، اجتماعی، آموزشی و ورزشی در قالب کار تیمی و گروهی در جهت حفظ استقلال آنها پیشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی شماره۹۱/۲۱۰ مصوب معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان بود که لازم می دانیم از کمیته تحقیقات HSR و معاونت مذکور به خاطر حمایت مالی و همکاران گرامی که در امر جمع آوری اطلاعات، مصاحبه و تکمیل پرسش نامه ها همکاری داشتند و همچنین کلیه سالمندان عزیزی که در اجرای این طرح صمیمانه ما را همراهی نمودند تشکر و قدردانی نماییم.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

References

1. K Phillips DR, Global Aging: The Challenge of Success, Population Bulletin, Population Reference Bureau 2005; 60 (1): 1-5.
2. Lunenfeld B, The ageing male: demographics and challenges, World Journal of Urology 2002; 20(1):11-16.
3. Marais S, Conradie G, Kritzinger A, Risk factors for elder abuse and neglect: brief descriptions of different scenarios in South Africa, International Journal of Older People Nursing 2006; 1(3): 186–9.
4. Sheykhi M T, The Elderly and Family Change in Asia with a Focus in Iran: A Sociological Assessment, Journal of Comparative Family Studies 2006; 37 (4): 583-8. [persian].
5. IRAN SCo, Abstract of Census, Tehran, Iran: Presidency of the I.R.I, vice presidency for strategic planning and supervision2012. [persian].
6. Kagagn SH, The advanced practice nurse in an aging society, Journal of Nurse practitioner 2003; 20 (2): 110-15.
7. Morovatisharifabad MA, Ghofranipour FA, Heydarnia AR, Babaeirochi GR, Perceived religious support of health promoting behavior and status doing these behaviors in Aged 65 years and older in Yazd, Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2004;12(1):23-9 [persian].
8. Federal Interagency Forum on Aging Older Americans: Key indicators of well-being,Availablefrom:http://www.agingstats.gov/chartbook2006/tablesealthrisks.
9. AdibHajbagheri M, Akbari H, The tensity of disabilities and the factors related to it in elderly, Journal of scientific research 2009; 13(3): 225-34 .[persian].
10. Sadeghian A, Health status of elderly people in Shahrod city, Journal of Salmand 2011;6(20):26-30 [persian].
11. Heikkinen E, Functional capacity and health of elderly people -the Evergreen project, Scandinavian Journal of Social medicine supplement 1997;53:18-21.
12. Linden M, Horgas A, Gilberg R, Steinhagen E, Predicting health care utilization in the very old, The role of Physical health, mental health, attitudinal and social factors, Journal of Aging Health 1997;1(9):27-3.
13. New South Wales Department of Health, New South Wales Older People's Health Survey Public Health Bulletin Supplement, Health Department, Sydney: NSW Australia; 2000.
14. Alizadeh M, Matious M, Zekia H, Assessing health factors and utilization of aged care services in Iranian elderly in Metropolitan Sydney, Journal of payesh 2010;9(4):435-42 [persian].
15. Katz S, Ford A, Moskowitz R, Studies of illness in the aged, Journal of American Medical Association 1963;185: 914-9
16. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B, The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version, Journal of Quality of life research 2005;14(3): 875-82 [persian].
17. Alizadeh M, Assessing health factors and utilization of aged care services in Iranian elderly in Metropolitan Sydney, Thesis faculty of health science, The Sydney University; 2008.
18. Alizadeh M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Zanjari N, Ghasemi S, survey of the health status indicators in elderly of Tehran, Journal of Diabetes and Metabolism 2012;13(1):50-61 [persian].
19. Nejati V, Assessing the health status of elderly people in the province of Qom, JQUMS, 2007; 13(1): 67-72 [persian].
20. Macdonald JA, Morris DL, Preechawong S, Chang HJ, Reports on depressive symptoms in older adult swith chronic conditions, Journal of Theory Nursing Practice 2010; 18(2-3): 185-96.
21. Mobasheri M, Moezzi M, The prevalence of depression among the elderly population of Shayestegan and Jahandidegan nursing home in Shahrekord, Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2010; 12(2): 89-94. [persian].
22. Khoshkonesh A, Cognitive effects of group counseling on anxiety and depression in the elderly female nursing home residents in the city of Sabzevar, Journal of Salmand 2009;14(8):14-24. [Persian].
23. karel MJ, Gatz M, Assessing and treating Late life depression, Journal of scientific research 2002;5(9):68-97.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

24.Sohrabi B, Comparison of cognitive status and depression among elderly nursing home residents and residents of private homes, Journal of Danesh 2009;2(3):27-32. [persian].
25.Babak A ,Meratti M, Depression and its related factors in elderly Esfahan, Journal of Salmand 2008;14(7): 17-27 [Persian].
26.Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey, Journal of BMC Public Health 2010; 10**:** 614-9.
27.von Strauss E, Aguero-Torres H, Kareholt I, Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: A study on disability, morbidity and mortality from the Kungsholmen Project, Journal of Clin Epidemiology 2003; 56(7): 669-77.
28.Eftekhar Ardebili H, Khatti Deizabadi F, Batebi A, Shojaiezadeh D, Yazdani J, Frequency of Functional and Cognitive Impairment and Relevant Factors in Aging, Journal of Mazandran University of Medical Sciences 2012; 22(96): 115-25.
29.Beiranvand R, Shokoohi S, Babanejad M, Behzadifar M, Delpisheh A, Assessment of Health Status in Elderly of Ilam Province. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2013;21(6):276-86.
30.Yaghmaie F, Activities of daily living: Introducing a new scale for activities of daily Living, Journal of Nursing and Midwifery 2004; 15: 3-12.
31.Nabavi SH, Shoja M, Mohammadi S, Rashedi V, Health-related quality of life in community-dwelling older adults of Bojnourd, 2014, Journal of North Khorasan University of Medical Sciences, 2014;6(2):433-439.
32.Rashedi V, Gharib M, Yazdani A, Social Participation and Mental Health among Older Adults in Iran, IRJ. 2014; 12 (19) :9-13

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

Orginal Article

Health physical and mental status in the elderly of Kerman

*Borhaninejad V[1], Momenabadi V [2], Hossseini SH[3], Mansori T[4], Sadeghi A[5], toroski M[6] **

[1]PHD Student in Gerontology, Researcher Infectious and Research Center for Tropical Disease, HSR Committee, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
[2]MSc Student, Department of Health Services, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman. Iran.
[3]M.Sc of Health Science, Vector-bor ne Diseases Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[4]PHD Student in Gerontology, University of social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, iran.
[5]PHD Student in Health Management, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[6]PHD Student in Pharma - Economics& Administrator ,Tehran University Of Medical Sciences, Tehran, Iran.
***Corresponding author:** Tehran University Of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Email:Mehditroski@gmail.com

Abstract

Background & Objectives: *With increasing life expectancy, mean and median age of the population and the number and proportion of older people have increased .To plan for providing services to this population, access to accurate information is essential. The present study describes assessing physical and mental health status elderly in Kerman city that will provide appropriate evidences for planners.*

Material & Methods: *This was a cross-sectional study in which 400 elderly people were questioned in Kerman. Data collection was performed by standard questionnaires(ADL, SF36, Kessler-K6 and Yeild questionnaire). To analyze the data we used SPSS17 software, and statistical tests such as chi square, T test, and one way ANOVA were applied.*

Results: *More than half of the elderly had problems with depression and anxiety disorders. In psychological wellbeing, Loneliness was the most common complain of old people. The activities of daily living were found to be without any dependence in 56% of population and 30% with relative dependence and 14% with complete dependence. Also on Physical Performance 22% of elderly had severe restrictions, 35.2% had moderate restrictions and 36.2% had Low restrictions.*

Conclusion: *there are many problems for elderly. Therefore, more efforts are essential to modify these effects in order to protect their independence.*

Keywords: *Elderly, Activity of Daily Living (ADL), Physical Performance, Anxiety, depression.*

Journal of North Khorasan University 2014;6(4):715-725

Recivied: 15 Jun 2014
Revised: 13 Sep 2014
Accepted: 27 Oct 2014

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]